

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Solicitud de privilegios de tarifa de escala deslizante

Para conservar los privilegios de tarifa de escala móvil, **SE DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE INGRESOS DENTRO DE LOS 5 DÍAS DE ESTA SOLICITUD.** (Ejemplo de prueba de ingresos incluye pero no se limita a: Recibo de pago reciente para todos los miembros que trabajan y evidencia de otros ingresos, carta de adjudicación actual o copia impresa de la Administración del Seguro Social, pensión alimenticia o manutención de niños, una declaración en papel con membrete del empleador que indique el promedio de horas trabajadas una semana y la tasa de pago, o un extracto bancario reciente.) Si no se recibe prueba de ingresos o se niega a proporcionar esta información dentro de este tiempo, será responsable del 100% de la factura.

Por favor complete la siguiente información del hogar:

¿Usted o alguien que reside en su hogar recibe alguno de los siguientes?

		Si	No	Monto			Si	No	Monto
A	Empleo				K	Seguridad Social para cónyuge, hijos u otros			
B	Desempleo				L	Cupones de alimentos			
C	Compensación de trabajadores				M	Cualquier apoyo regular de alguien que no viviendo contigo			
D	Beneficios de Huelga				N	Pensión de empleado del gobierno			
E	Beneficios para veteranas				O	Pagos de anualidades de seguro privado y/o seguro regular			
F	Fondos de Capacitación Laboral				P	Dividendos			
G	Pensión alimenticia				Q	Pagos de interés			
H	Manutención de los hijos				R	Pagos de alquiler			
I	Asignaciones para familias militares				S	Regalías			
J	AFDC				T	Ingresos de herencias/fideicomisos			

Total anual de ingresos de arriba: _____

Indique el nombre de cada miembro de su hogar a continuación (si no hay suficiente espacio, use el reverso)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingreso	Semanal, quincenal, Bimensual, Mensual

Certifico que he leído o me han leído el cuestionario anterior y que toda la información es correcta. Entiendo que no revelar por completo mis ingresos reales es un acto de fraude y puede ser sancionado con una multa o prisión de acuerdo con la ley federal.

2024 Descuentos de escala móvil

Puede ser elegible para **SERVICIOS CON DESCUENTO, ¡incluso con un seguro privado!**

Arbor Health Clinics ofrece servicios con descuento a **TODOS** los que califiquen. Averigüe si es elegible en la escala a continuación.

Cuanta gente hay en su hogar?	NIVEL DE INGRESOS Paga solo \$20	NIVEL DE INGRESOS Pagar 25%	NIVEL DE INGRESOS Pagar 50%	NIVEL DE INGRESOS Pagar 75%	NIVEL DE INGRESOS Pagar 100%
1	\$0 - \$15,060.00	\$15,060.01 - \$20,029.80	\$20,029.81 - \$24,999.60	\$24,999.61 - \$30,120.00	\$30,120.01 +
2	\$0 - \$20,440.00	\$20,440.01 - \$27,185.20	\$27,185.21 - \$33,930.40	\$33,930.41 - \$40,880.00	\$40,880.01 +
3	\$0 - \$25,820.00	\$25,820.01 - \$34,340.60	\$34,340.61 - \$42,861.20	\$42,861.21 - \$51,640.00	\$51,640.01 +
4	\$0 - \$31,200.00	\$31,200.01 - \$41,496.00	\$41,496.01 - \$51,792.00	\$51,792.01 - \$62,400.00	\$62,400.01 +
5	\$0 - \$36,580.00	\$36,580.01 - \$48,651.40	\$48,651.41 - \$60,722.80	\$60,722.81 - \$73,160.00	\$73,160.01 +
6	\$0 - \$41,960.00	\$41,960.01 - \$55,806.80	\$55,806.81 - \$69,653.60	\$69,653.61 - \$83,920.00	\$83,920.01 +
7	\$0 - \$47,340.00	\$47,340.01 - \$62,962.20	\$62,962.21 - \$78,584.40	\$78,584.41 - \$94,680.00	\$94,680.01 +
8	\$0 - \$52,720.00	\$52,720.01 - \$70,117.60	\$70,117.61 - \$87,515.20	\$87,515.21 - \$105,440.00	\$105,440.01 +
Over 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8	Agregue \$5,380 por cada persona mayor de 8

Una vez calificado, debe mostrarnos un comprobante de ingresos válido para recibir sus descuentos. **Documentos aceptados:** declaración de impuestos, talón de cheque reciente, extracto bancario, carta de seguro social o cupones de alimentos. Carta de adjudicación. Complete un formulario de escala móvil disponible en la recepción. Si tienes preguntas, ¡pregúntanos!

Basado en las Pautas de pobreza de 2023, U.S. Salud y Servicios Humanos <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Nuestros Coordinadores de Cuidado

¡Los coordinadores de Arbor Family Health están aquí para responder a **TODAS** sus preguntas! Te podemos ayudar.

- Solicitar Medicaid/Medicare
- Solicite los beneficios de SNAP
- Alojamiento de sección 8
- Asistencia con Transporte
- Obtener un teléfono celular
- Prepárate para una entrevista de trabajo
- Red con oportunidades de trabajo locales
- Ayudarlo a aprender cómo ser un empleado exitoso

¡Llámenos hoy y pida hablar con un coordinador de atención!

1-888-711-3785

